

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INFUSIÓN SUBCUTÁNEA CONTÍNUA DE INSULINA

Fecha: ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino

MEDICO SOLICITANTE: N° CP _____ Nombre _____

DIAGNÓSTICO Y PLAN TERAPÉUTICO ACTUAL

(en caso de pacientes que se encuentran en terapia con ISCI debe describir tratamiento previo al inicio de esta)

Diabetes Tipo 1 Fecha del diagnóstico: ___/___/___

Fecha de inicio del plan terapéutico actual: ___/___/___

Análogo de acción prolongada: Insulina Glargina Insulina Detemir
Dosis: ___ ___ ___ U/día N° de dosis: ___

En niños menores de 2 años: Insulina NPH
Dosis: ___ ___ ___ U/día N° de dosis: ___

Análogos de acción rápida: Por conteo de Hidratos de Carbono No Si
 D A M C Dosis total (U/día): ___ ___
Por corrección No Si
 D A M C Dosis total (U/día): ___ ___

MONITOREO GLUCÉMICO

Número de determinaciones diarias: ___ ___ Monitoreo continuo de glucosa: Si No

SITUACIÓN CLÍNICA (Para pacientes que se encuentren bajo tratamiento con ISCI, referirse a la situación previa a esta terapéutica)

Hipoglucemia severa o inadvertida en los últimos 6 meses: No Si N°: ___ ___

Consulta en servicio de urgencia: Si No Internación: Si No

Episodios de hiperglicemia con cetosis en los últimos 3 meses: No Si N°: ___ ___

Episodios de CAD en los últimos 3 meses: No Si N°: ___ ___

Amplia variabilidad (fluctuaciones impredecibles de la glucosa): Si No

Hemoglobina Glicosada (%) (valor de los últimos 3 meses): ___ ___ , ___

Microdosis de insulina: Si No

Complicaciones: No Si Microangiopáticas Macroangiopáticas

OBSERVACIONES:

VALORACIÓN NUTRICIONAL Y PSICOLÓGICA

Indicadores recomendados para el diagnóstico nutricional de niños y adolescentes:

Desde el nacimiento hasta los 2 años (*): Valorar con PESO/EDAD (percentil): ___ ___

Desde los 2 años hasta los 5 años (*): Valorar con PESO/TALLA (percentil): ___ ___

Desde los 5 años hasta los 15 años (**): Valorar con IMC/EDAD (percentil): ___ ___

(*) Patrón de referencia OMS 2006

(**) Patrón de referencia OMS 2007

Frecuencia de actividad física semanal (veces por semana): ___ Tiempo (horas diarias): ___ ___

Considera que se encuentra entrenado en Conteo de Hidratos de Carbono: Si No

Presencia de problemas psicológicos/psiquiátricos en alguno de los miembros del núcleo familiar: No Si

En caso de afirmativa, se encuentra en tratamiento? Si No

OBSERVACIONES:

DISPOSITIVOS:

BOMBA DE INSULINA: No Si

INSUMOS: No Si Catéteres de infusión: N°: ___ ___

Reservorios: N°: ___ ___

Sensores Enlite: N°: ___ ___

Set de infusión: Quick-set
 Silhouette

Adjuntar a este formulario Valoración psicológica completa en la que se incluya motivación para la utilización de ISCI, existencia o ausencia de patologías psicológicas, psiquiátricas y cognitivas que dificultara el manejo óptimo del dispositivo e Informe social que incluya grado de compromiso del adulto responsable en la adherencia a las indicaciones del equipo multidisciplinario y condiciones de la vivienda en referencia a elementos básicos de confort, habitabilidad e higiene.